

OGGETTO: RICHIESTA ENTRATA POSTICIPATA/USCITA ANTICIPATA PER TERAPIE

I sottoscritti:

_____, nato a _____ (____), il
____ / ____ / _____, residente a _____ (____), in via _____

e

_____, nato a _____ (____), il
____ / ____ / _____, residente a _____ (____), in via _____

in qualità di genitori/tutori legali dell'alunno _____

frequentante la classe ____ sez. ____ della scuola

INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

CHIEDONO

l'entrata posticipata/uscita anticipata nei giorni:

LUNEDÌ dalle ore _____ alle ore _____

MARTEDÌ dalle ore _____ alle ore _____

MERCOLEDÌ dalle ore _____ alle ore _____

GIOVEDÌ dalle ore _____ alle ore _____

VENERDÌ dalle ore _____ alle ore _____

Si allega CERTIFICAZIONE MEDICA

Nardo', _____

Firma degli esercenti la responsabilità genitoriale

In caso di firma di un solo esercente la potestà genitoriale: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato l'autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Nardò, _____

Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale _____